VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 189)
z dnia 17 lipca 2019 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 189)

17 lipca 2019 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację ministra zdrowia dotyczącej jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia w oparciu o projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Adam Niedzielski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, **Agnieszka Wernik** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Marcelina Izydorczyk** prawnik w Związku Pracowników Aptecznych PharmaNet, **Urszula Jaworska** wiceprezes Fundacji Urszuli Jaworskiej, **Longina Kaczmarska** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Robert Mołdach** prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji, **Agata Polińska** członek zarządu Fundacji Onkologicznej ALIVIA, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych oraz **Wioletta Witkowska** prawnik w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra i pana prezesa ze współpracownikami. Witam serdecznie wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejsze posiedzenie przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia, dotyczącej jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia w oparciu o projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Nadmienię, że jest to temat wynikający z planu pracy Komisji. Stwierdziliśmy w ramach Prezydium, że chcielibyśmy się nim zająć. Czy są inne uwagi do porządku dziennego? Bardzo proszę, pani przewodnicząca.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO-KO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, temat jakości w ochronie zdrowia jest rzeczywiście bardzo ważny i bardzo dobrze, że w planie pracy Komisji taki temat się znalazł. To, że dzisiaj mamy rozmawiać na ten temat, wynika właśnie z realizacji tego planu, tylko że przyjmując ten plan, wiedzieliśmy, że w Ministerstwie Zdrowia powstają założenia, a w najbliższej rzeczywistości – ale jak się okazuje, jednak nie takiej bliskiej – będziemy mogli procedować nad projektem tej ustawy. Dzisiaj wydaje mi się trochę kuriozalne mówić o projekcie ustawy o jakości, skoro takiego projektu nie ma, chyba że pan minister przyniósł nam dzisiaj jakiś druk sejmowy, który nazywa się projektem ustawy o jakości. Ja rozumiem, że będziemy rozmawiać sobie o wielkich planach przyszłościowych i o chęci zmian w ochronie zdrowia i rzeczywiście oceny jakości w ochronie zdrowia. Tylko pytam – na podstawie czego? Tytuł jest jasny: informacja na temat projektu. Chciałabym więc zapytać, gdzie jest ten projekt, jaki ma nr druku i co konkretnie mamy tu dzisiaj procedować? To na razie tyle, tytułem wstępu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, po pierwsze ta propozycja została postawiona na posiedzeniu Prezydium Komisji. Mogliśmy albo zrezygnować z tego punktu, który

jest w planie pracy Komisji, albo go decyzją Prezydium Komisji zmodyfikować. Przedstawiamy to w takiej formie, w jakiej zostało to przedstawione na posiedzeniu Prezydium Komisji. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Oczywiście ma pani rację, że na razie tego projektu nie rozpatrujemy. Gdyby ten projekt był rozpatrywany, to zapewne, z racji tego, że zostały dwa posiedzenia do końca tej kadencji Sejmu, już pracowalibyśmy nad konkretnym materiałem i go przyjmowali lub nie przyjmowali. Natomiast warto, skoro te prace toczą się nad bardzo ważnym zagadnieniem, zapoznać się i dowiedzieć, na jakim jesteśmy etapie, jaki kierunek realizacji tego widzi ministerstwo, jakie działania są podejmowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bo pewne rzeczy się zmieniają. Świadczeniodawcy wiele razy narzekali na to, że w przeszłości jakość nie była w żaden sposób uwzględniona. Wiem, że to już trochę się zmieniło i zapewne są plany na przyszłość. Warto więc, żebyśmy się z tymi planami zapoznali. Jak rozumiem, w toku tej dyskusji mogą paść ciekawe argumenty, które spowodują, że w przygotowaniach projektu ustawy będzie to przez stronę rządową uwzględnione. Tak to rozumiem. Inaczej rozumiałbym, że zastrzeżenia i niezgoda na wprowadzenie tego projektu byłyby przedstawione chociażby przy proponowaniu tego na posiedzeniu Prezydium Komisji. Skoro jednak się spotkaliśmy, wydaje mi się, że warto o tym porozmawiać, bo temat jest ważny – tak jak pani przewodnicząca powiedziała – i od wielu lat mówi się, że coś w tej sprawie należałoby zrobić.

Czy są jeszcze jakieś inne uwagi do porządku obrad, zastrzeżenia? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek obrad został przyjęty. W takim razie, proszę pana ministra o wprowadzenie do dyskusji – pana ministra, a może również przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia – na jakim etapie jesteśmy w przygotowaniach do tej ważnej sprawy, jaką jest jakość w ochronie zdrowia. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, ja bardzo się cieszę, że ten punkt został włączony pod obrady Komisji Zdrowia. Nie tylko z tego powodu, że jakością w ochronie zdrowia zajmuję się od 25 lat – to jest niejako mój jubileusz – niespecjalnie stymulując do tego, żeby ten temat był podjęty podczas tej kadencji Sejmu, ale też z tego powodu, że sprawy projakościowe powinny być dyskutowane w takim gronie, jakie tutaj jest reprezentowane. Odniosę się też do tego tematu, który nas tu zebrał, bo to nie do końca było zaproszenie na omawianie tematu, tylko rozpatrzenie informacji ministra zdrowia, dotyczącej jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia na podstawie projektu.

Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia był przygotowywany, nie chcę powiedzieć, ile lat, bo generalnie to zamierzchła przeszłość, ale na pewno przed tą kadencją Sejmu on również był opracowywany. Pewnie, jak każda ważna ustawa – ważna, ponieważ dotykająca obszarów, które są różnie postrzegane – wymaga takiej troski i spojrzenia trochę innego niż często bieżące sprawy, które wymagają interwencji. Natomiast sprawy związane z jakością, mimo częstego jej określenia jako niewystarczającej, wymagają też odpowiedniego oprzyrządowania wskaźnikowego, żebyśmy mogli je mierzyć i poprawiać.

W tej chwili jesteśmy na takim etapie, że zagadnienia związane z jakością w opiece zdrowotnej regulowane są w różnych aktach prawnych, na różnym poziomie i w różnych zakresach, co oczywiście stwarza podstawy do tego, żeby to ujednolicać. To był główny zamysł tych prac, którym przyszło mi patronować od półtora roku, żeby pozbierać te akty, które w tej chwili regulują całość systemu. Na postawie obrazu, jaki wynikał z tych informacji, wyłoniliśmy kilka obszarów, które właśnie są opracowywane, ale mogą też państwo dostrzec pewne modyfikacje, które realizowane są w sposób bieżący. Taką modyfikacją na pewno jest to, co wprowadziliśmy 2 lata temu, a mianowicie: stymulowanie szpitali do akredytowania. Chcemy też rozszerzyć to na stymulowanie do akredytowania w ramach jednostek POZ.

Akredytowanie jest procesem certyfikowania danej jednostki, która dobrowolnie wystąpi o taką procedurę i wówczas niezależna instytucja, aczkolwiek podlegająca Ministerstwu Zdrowia, wysyła swoich wizytatorów, którzy sprawdzają realizowanie określonych standardów jakości opieki w szpitalach, a od półtora roku również w pla-

cówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Wyniki tego naszego działania… Już nie chcę mówić o tych wynikach, które dotyczą samego procesu akredytowania, bo w tej chwili dużo więcej szpitali przystępuje do tego procesu. Uważamy, że to zostało wywołane dostrzeżeniem. To dostrzeżenie to jest określona pula środków, podnosząca ryczałt w szpitalach, które są akredytowane. Jest to określenie procentowe. Można powiedzieć, że od momentu wprowadzenia tego mechanizmu zapotrzebowanie na akredytowanie w stosunku do okresu sprzed tego rozwiązania zwielokrotniło się. To jest rzeczywiście taka stymulanta, którą warto zauważyć.

Z takich obszarów, które też chciałbym podkreślić jako funkcjonowanie projakościowe, przygotowujemy – i w tej chwili już są wdrożone w niektórych aspektach – również inne mechanizmy stymulowania rozwiązań zajmujących się opieką nad pacjentem. Dla mnie osobiście koronnym przykładem są centra zdrowia psychicznego, które są opłacane dokładnie w formule opieki, a nie w formule usługi. Ta opieka jest analizowana w parametrach jakościowych, w jaki sposób jest prowadzona właśnie w tych centrach. Prowadzimy ten projekt od lipca ub.r. Jest 27 takich centrów. W ramach oceny ich efektywności badamy również te parametry jakościowe, które są opisane w rozporządzeniu ministra zdrowia.

Podobne przykłady tych działań, równolegle do prac nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia, są opisane w formule – niestety, jest tu użyta angielska nazwa – Breast Cancer Units czy w ogóle Cancer Units. Są to centra, unity, które opisują określoną grupę tematyczną, jeśli chodzi o część wykonywanych tam świadczeń w formule kompleksowej, w ramach Breast Cancer, Lung Cancer Unitów. W tej chwili poszerzamy tę formułę. Wprowadzamy te wszystkie wskaźniki, które odnoszą się już nie tylko do wykonywanych świadczeń, ale również oceny jakości ich realizowania.

Takim obszarem, również przygotowywanym w ramach tej ustawy, jest konieczność pozyskiwania danych, które odnoszą się do efektywności systemu lub też efektywności określonych procedur. Mówię o rejestrach. Rejestry są na etapie wprowadzania. Myślę, że pierwsze rejestry powinny być opracowane jeszcze we wrześniu, tak żeby generalnie ten system rejestrowania odnosił się nie tylko do tego, za co NFZ płaci, czy nie tylko tego, ile usług jest wykonanych. Ale również do czegoś, co określamy wskaźnikami jakościowymi, czyli do wyników określonych interwencji medycznych, żeby te wyniki można było analizować i wybierać najlepsze procedury dla osiągnięcia efektu zdrowotnego. Myślę, że o wiele więcej elementów, które odnoszą się do tego zagadnienia, które nas tu dzisiaj zebrało, będzie przedstawionych przez pana prezesa Niedzielskiego, bo NFZ również równolegle prowadzi procedurę działań projakościowych.

Chciałbym dodać, że w projekcie, który jest przygotowywany, mamy takie obszary, które wymagają systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych. To jest rzecz, która się dzieje, bo zdarzenia niepożądane są identyfikowane w poszczególnych szpitalach, czy też na różnym szczeblu ich identyfikowania. Natomiast, jeśli chodzi o zdarzenia niepożądane, chcielibyśmy to tak skonstruować, żeby to było obligatoryjne dla wszystkich podmiotów leczniczych, ale z brakiem sankcji w związku ze zgłoszeniem takiego zdarzenia. To jest coś, co widzimy w krajach, do których się odnosimy przy tego typu planowaniu, np. w krajach skandynawskich czy Stanach Zjednoczonych, że konieczność oderwania się od razu od sankcjonowania tego zgłoszenia powoduje zdecydowany przyrost tych informacji. Bardziej nam zależy – oczywiście poza zdarzeniami kryminalnymi, bo to są oczywistości, których nie chciałbym specjalnie rozwijać – na zgłoszeniu takich zdarzeń i określeniu ich przyczyn niż na sankcjonowaniu. W końcu w ramach tego systemowego monitorowania chcemy, aby w każdym szpitalu ten system monitorowania zdarzeń niepożądanych był wykorzystywany przede wszystkim do edukacji personelu, prowadzenia analizy zdarzeń i uwzględnienia oceny ich ciężkości oraz prawdopodobieństwa.

Omówiłem rejestry. Omówiłem sprawy związane z akredytacją. Natomiast obszarem, który chcielibyśmy również zmodyfikować, jest system czy też procedura wstępna mówiąca o autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ta autoryzacja odbywa się w tej chwili, bo każdy zakład opieki zdrowotnej (kiedyś o takiej nazwie) czy podmiot leczniczy (obecnie) jest zgłaszany do rejestru wojewodów. Ten rejestr chcielibyśmy wykorzystywać w kierunku analizowania rzeczywistych efektów, bo przy okazji

analizowania potencjału np. lecznictwa zamkniętego wiemy, że niektóre z tych danych przedstawianych do rejestru są po prostu nieaktualne. Chcielibyśmy wprowadzić system w miarę bieżący i jak najbardziej aktualny, po to żeby można było prowadzić określone działania bezpośrednio po zdarzeniu, a nie oczekując na jego długoterminowe efekty.

Jeśli chodzi o uregulowanie kwestii systemowego monitorowania jakości, chcemy poprowadzić określone rozwiązanie w jednolitym systemie jednej ustawy, żeby poprawić skuteczność diagnostyki oraz samego leczenia, na stałe wprowadzić mechanizmy doskonalenia praktyki klinicznej. Dzięki tym rejestrom i publikowaniu – wiemy z doświadczeń międzynarodowych, że to jest podstawowy element modyfikujący postępowanie w ramach działalności klinicznej. Chcemy upowszechnić analizę działań niepożądanych w szpitalach, bo mamy szpitale takie, które to rzeczywiście robią i często są przedstawiane jako te, w których dzieje się coś patologicznego. Wiemy również z naszych badań, że te zdarzenia niepożądane dotyczą ok. 7% pobytów w szpitalu, zwiększają się po tym okresie, kiedy pacjent przebywa dłużej. Te wyniki nie różnicują nas z Europą, natomiast chcielibyśmy, żeby one były w miarę upowszechnione.

Elementem, którym również ukierunkowujemy te prace, jest zarówno poprawa bezpieczeństwa, jak i poprawa satysfakcji pacjenta. To jest element już związany z akredytacją, a chcielibyśmy, żeby był powszechny. Stworzenie warunków do systemowej i systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej to jest coś takiego, czego system generalnie pragnie. Myślę, że tutaj nie ma wielkiego pola do dyskusji. Po prostu takich elementów również potrzebujemy. Jednak te wszystkie działania, o których mówiłem wcześniej, mają się odnieść do tego, żeby zdecydowanie poprawić efektywność wykorzystania środków publicznych w tym systemie. To jest ten kierunek, który – jak myślę – również nie będzie budził oporów.

Coś, co przed nami: oczywiście promowanie kultury bezpieczeństwa w szpitalach. Dla osób, które zajmują się jakością, myślę, że to jest element podstawowy. To w ramach prac nad ustawą chcemy zasygnalizować. Pokrótce to tyle, panie przewodniczący. Jeśli jeszcze coś będzie, to bardzo proszę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pana prezesa proszę jeszcze o zabranie głosu.

P.o. prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Adam Niedzielski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, Narodowy Fundusz Zdrowia oczywiście wpisuje się w tę politykę promowania jakości. Używamy tych instrumentów, które są w naszej dyspozycji, czyli instrumentów finansowych, które mają zachęcać świadczeniodawców do tego, żeby jakość stała się przedmiotem codziennej troski w ich pracy. Robimy to w bardzo różnych obszarach. Nie będę tutaj mówił o zapowiedziach. Będę mówił o konkretach, które już stosujemy i które – jak widzimy – przyniosą bardzo pozytywne efekty. Generalnie to, co robimy, wpisuje się w pewną politykę przechodzenia z logiki płacenia za procedurę na płacenie za wynik tej procedury. To oczywiście nie jest możliwe we wszystkich procedurach, które są realizowane w kraju. Jednak ze względu na naszą ogromną zasobność bazy informacyjnej i ze względu na nasze rozeznanie odnośnie do jakości poszczególnych ośrodków – możemy takie elementy wprowadzać w zasadzie od zaraz. I wprowadzamy.

Jednym z przykładów promowania jakości jest właśnie taki system płacenia za wynik, gdzie ten wynik jest m.in. obserwowany na poziomie jakości przeprowadzanych procedur. Tutaj prezentujemy bardzo różne podejście. Może opowiem tylko o trzech. Ale jednym z najważniejszych jest to, że zaczynamy płacić pewnego rodzaju premie tym ośrodkom, które w naszym mniemaniu i sprawozdawczości, ale też sposobie działania przyjmują jakość jako ważne narzędzie swojej codziennej pracy. Jeżeli popatrzymy np. na ośrodki specjalistyczne, które wykonują różne zabiegi, czy to kardiologiczne, czy onkologiczne, staramy się premiować te, które wykonują stosunkowo dużo zabiegów. Czyli premiujemy koncentrację zabiegów w poszczególnych ośrodkach. To ma ogromne znaczenie, ponieważ dane pokazują nam wprost, że tam, gdzie zespół ma do czynienia z powtarzalnością zabiegów, gdzie one nie są wykonywane sporadycznie, tylko są pewnym elementem sys-

tematycznej pracy świadczeniodawcy, liczba potencjalnych powikłań i innych tego typu komplikacji jest stosunkowo mniejsza. My za tę koncentrację zabiegów płacimy.

Płacimy w tej chwili w trzech obszarach. Zacznę od tego, który jest najmniej premiowany, bo w przypadku zaćmy ośrodki, które wykonują rocznie co najmniej 250 zabiegów związanych właśnie z leczeniem zaćmy lub jaskry lub 400 zabiegów wykonywanych metodą witrektomii i fakowitrektomii, otrzymują 10-procentową premię. Czyli te stawki podstawowe są przeliczane korektorem finansowym 1,1. W ten sposób otrzymują dodatkową gratyfikację za ten efekt specjalizacji.

Takie samo podejście mamy w przypadku endoprotez. Tutaj ta premia za jakość jest nawet większa. W tej chwili wygląda to w ten sposób, że premia wynosi 20%, czyli ten korektor finansowy to jest 1,2, a największe premie za koncentrację płacimy w leczeniu zbiegów nowotworowych. Tutaj zwyżka wynosi aż 25%. To jest metoda, która ma premiować koncentrację. Proszę zwrócić uwagę na to, że jeżeli przeliczymy chociażby te 250 czy 400 zabiegów, to wydaje się, że nie jest to powalająca liczba, ale to i tak jest liczba, która trafia do niedużej liczby świadczeniodawców, bo niestety u nas jest taka charakterystyka systemu, że mamy bardzo duże rozproszenie. Te zabiegi są w niektórych ośrodkach wykonywane pojedynczo, sporadycznie. W związku z tym ta metoda płacenia ma również zachęcić do pewnego rodzaju koncentracji czy specjalizacji poszczególnych ośrodków, bo to ma potem bezpośrednio przełożenie na jakość.

Oprócz zagadnienia koncentracji staramy się również płacić za takie postawy efektywnościowe, które w gruncie rzeczy sprowadzają się do premiowania skracania pobytów szpitalnych. Najlepszym przykładem jest to, co zrobiliśmy w zaćmie. Na pewno państwo wiedzą, że skutki wprowadzenia tych rozwiązań są stosunkowo widoczne. Kolejki się skróciły, poprawiła się też jakość – mamy mniejszą liczbę powikłań pozabiegowych. Rozwiązanie jest takie, że świadczeniodawcy, którzy realizują co najmniej 80% zabiegów w trybach jednodniowych, otrzymują pełną stawkę. Jeżeli jakiś świadczeniodawca ma stopnień wykonywania zabiegów poniżej 80%, to te zabiegi nie są premiowane, a raczej korygowane wskaźnikiem 0,9. Czyli promujemy pobyty jednodniowe. To jest oczywiście uzgodnione z konsultantem krajowym. Została przeprowadzona odpowiednia dyskusja na temat bezpieczeństwa tych zabiegów. Prof. Rękas pomógł nam ułożyć całą procedurę przebiegu procesu leczenia i jego premiowania.

Innym przykładem takiego płacenia za wynik, które realizujemy w NFZ, jest premiowanie świadczeniodawców, którzy skutecznie skracają kolejki, bo jakość definiowana szeroko zawiera w sobie również parametr dostępności. Staramy się w kilku przypadkach płacić za skrócenie kolejek, narzucając na stawkę podstawową korektory finansowe. Mamy zastosowane to podejście oczywiście na poziomie AOS, w specjalistyce. To są takie dziedziny, jak endokrynologia, endokrynologia dziecięca, kardiologia, kardiologia dziecięca, neurochirurgia, neurochirurgia dziecięca, okulistyka, okulistyka dla dzieci. W zasadzie w przypadku procedur, które są realizowane na poziomie AOS, stosujemy współczynniki 1,2 – w sytuacji kiedy świadczeniodawcy wykazują się odpowiednim przyrostem z jednej strony wykonywanych zabiegów, czyli też pojawia się ten efekt specjalizacyjny, a ponadto, jeżeli liczba osób skreślanych z listy oczekujących dynamicznie maleje. To jest taka forma zachęty. Zresztą chciałbym państwu powiedzieć, że to samo podejście chcemy zastosować w przypadku rezonansu magnetycznego, który został niedawno zdelimitowany. Będziemy płacili nieco mniejszą premię, bo w wysokości 5%, ale skrócenie kolejki będzie wtedy również premiowane.

To są oczywiście rozwiązania, które – jak można powiedzieć – są pewnymi przybliżeniami do zagadnienia jakości. Chciałbym państwu powiedzieć, że mamy jeden taki program, który nazywa się KOS-zawał. To jest program kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca. Schematy płatnościowe, które stosujemy, są już na tyle zaawansowane, że rzeczywiście w pełni odpowiadają takiemu postulatowi zarządzania czy płacenia za jakość. Mamy taką sytuację, że jeżeli pacjent w ciągu czterech miesięcy od przejścia zawału wróci do pracy, czyli dostanie orzeczenie od lekarza o dopuszczeniu do pracy, to my oczywiście premiujemy tych świadczeniodawców, którzy tak skutecznie przeprowadzają rehabilitację pacjenta. Tu widać, że płacimy już za bardzo konkretny wynik. Nie

procedura jako taka ma znaczenie, a to, co z tej procedury wynika i jaki jest jej skutek, bo to jest najważniejsze z punktu widzenia efektu zdrowotnego.

To są oczywiście tylko pewnego rodzaju przykłady naszego nowego podejścia dotyczącego płacenia za jakość, w ogóle koncentrowania się na wyniku zdrowotnym, który finansuje płatnik narodowy. Jednak postulaty jakości pojawiają się również w innych obszarach naszej działalności. Chciałbym powiedzieć o przynajmniej dwóch obszarach, jeśli pan przewodniczący jeszcze mi pozwoli. Otóż, jednym z tych obszarów jest udostępnianie danych. Jak państwo wiedzą, Narodowy Fundusz Zdrowia jest tak naprawdę, oprócz tego, że bankiem finansowym, również bankiem informacji. Od blisko 10 lat zbieramy rekordy i informacje o zdarzeniach medycznych dotyczących każdego obywatela. Mamy te informacje. Mamy informacje, co się wydarza w procesie leczniczym. Każdy pacjent oznaczony PESEL-em ma swoją historię w naszych bazach danych.

Na podstawie tych informacji możemy popatrzeć na świadczeniodawców, jakiego typu skuteczność leczenia, jakiego typu jakość jest realizowana w poszczególnych ośrodkach. Chciałbym państwu powiedzieć, że dwa tygodnie temu, czyli wraz z początkiem lipca, udostępniliśmy portal ZdroweDane, który umożliwia obywatelom przeprowadzenie porównania, na razie tylko w przypadku chorób onkologicznych, jak wypadają poszczególne ośrodki pod kątem takich parametrów, jak chociażby średni czas hospitalizacji, liczba rehospitalizacji, liczba zabiegów przeprowadzanych w danym ośrodku. Czyli takie dość podstawowe parametry, ale od tego zaczynamy – opisujące jakość poszczególnych ośrodków. Ten portal jest udostępniony wszystkim i widzimy ogromne zainteresowanie korzystających z tej bazy informacyjnej, bo zarządzanie jakością w naszym pojęciu to jest również zarządzanie i przedstawianie w otwarty sposób informacji o tym, jaka jest jakość realizowanych procedur przez poszczególne ośrodki.

Już naprawdę ostatnie zagadnienie. Mianowicie w tym roku dokonaliśmy fundamentalnej zmiany naszego korpusu kontrolerskiego. Po pierwsze został on scentralizowany. Chcemy go sprofesjonalizować poprzez wprowadzenie aplikacji i specjalnej procedury dopuszczenia. Natomiast istotą tych zabiegów jest również to, że nasz proces kontrolny będzie stopniowo przechodził z takich elementów rozliczeniowych na elementy zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i jakości. Czyli nasza polityka kontrolna oprócz zagadnień rozliczeniowych, na których dotychczas wyłącznie się koncentrowaliśmy, będzie stopniowo przenosiła swoje akcenty na zagadnienie jakości bezpieczeństwa pacjenta. Dlatego też jedną z części nowej struktury korpusu kontrolerskiego jest powołana w NFZ sekcja jakości, która pod kątem kontrolnym ma opracowywać, we współpracy m. in. z Centrum Monitorowania Jakości, oczywiście z Ministerstwem Zdrowia, pewne postulaty kontrolne, które będą umożliwiały nam prowadzenie kontroli w zakresie bezpieczeństwa pacjenta.

Na koniec chcę dodać, że tak jak pan minister Król mówił, również wspieramy ten wysiłek poszczególnych świadczeniodawców w zakresie akredytacyjnym. Jak państwo wiedzą, szpitalom już płacimy, w zależności od poziomu spełnienia kryteriów: od 1 do 2%, za akredytację. W tej chwili jesteśmy w trakcie przygotowywania analogicznego rozwiązania dla poziomu podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie również te jednostki, które przeszły proces akredytacyjny, będą otrzymywały premie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan przewodniczący Ruciński.

Poseł Marek Ruciński (niez.):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, panie prezesie, chciałbym zadać pytania dotyczące premiowania, które pan prezes wymienił. Poza tym, że jestem społecznym posłem, jestem aktywnym ortopedą. Był pan prezes uprzejmy podać liczbę zabiegów na zaćmę, tj. 250, kiedy pojawia się współczynnik 1,2. Natomiast przy endoprotezoplastyce nie podał pan, jaka jest minimalna liczba premiowania. Mam więc pytanie. Czy mogę spytać, jaka to jest liczba, żebym mógł przejść do dalszego ciągu moich pytań?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Czy pan prezes mógłby od razu odpowiedzieć, czy za chwilkę?

P.o. prezesa NFZ Adam Niedzielski:

Pozwoli pan, że sprawdzę, bo nie chciałbym podać nieprecyzyjnej informacji…

Poseł Marek Ruciński (niez.):

To ja przejdę do następnych…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Niech pan przewodniczący kontynuuje…

Poseł Marek Ruciński (niez.):

Druga sprawa. Mówił pan o premiowaniu również za skrócenie pobytu. Dyrektorzy szpitali, którzy są wśród nas, na pewno pamiętają, że kiedyś pacjent z endoprotezą biodra czy kolana leżał 14 dni, nawet kiedy było dobrze. Dzisiaj pacjent z endoprotezą stawu biodrowego wychodzi po 4 dniach – bardzo często się to zdarza. Są na pewno świadkowie na tej sali, którzy mogą to potwierdzić. Z endoprotezą kolana po 5 dniach. Moje pytanie, czy to też jest premiowane, czy tylko – o czym pan prezes mówił – te jednodniowe pobyty? Czy w jednodniowe zaliczają państwo również podanie czynników wzrostu i komórek macierzystych? Bo dzisiaj robimy tego bardzo dużo jako prewencję i profilaktykę zmian zwyrodnieniowych.

Trzecie pytanie, dotyczące premii za skrócenie kolejki. Czy to dotyczy tylko ambulatoryjnej opieki specjalistycznej? Pytam dlatego – może to, co teraz powiem wyda się nawet herezją – że nasza kolejka w szpitalu wojewódzkim w Poznaniu skraca się radykalnie. Chodzi przede wszystkim o to, że mądrzy Polacy zapisywali się dość często nie w wiele miejsc, bo tego już nie wolno, ale *a conto.* I my dzisiaj, robiąc 600 endoprotezoplastyk rocznie w oddziale 40-łóżkowym, mamy kolejkę, która moim zdaniem w rzeczywistości wynosi pół roku. Mam więc pytanie, czy za wielkość wykonania – dlatego pytałem o punkt wyjścia, ile rocznie musimy wykonać… Czy jeżeli tą granicą jest np. 300 endoprotez, to ten, co wykona 301, i inni, którzy wykonają ich 600, mają ten sam współczynnik, czy tu jest pewna gradacja? Czy skracanie pobytów po tak dużych i poważnych zabiegach również ma jakąś gradację, czy zawsze jest to tylko jeden czynnik? Natomiast moje ostatnie pytanie dotyczy tego, czy skracanie kolejek w hospitalizacji również będzie premiowane? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Kolejne zgłoszenie, bardzo proszę. Pani poseł Hrynkiewicz. Pani profesor, proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, troszkę mnie zmartwiła informacja o stosowaniu tych instrumentów finansowych w podnoszeniu poziomu jakości w ochronie zdrowia. Myślę, że lepszy wynik dałoby chyba badanie zakażeń szpitalnych, powikłań szpitalnych, które są utrapieniem bardzo wielu pacjentów.

Jeśli chodzi o te instrumenty finansowe, nie bardzo widzę ich skuteczność jako pacjentka, a także rodzina licznych pacjentów, szczególnie szpitalnych. Oczywiście te instrumenty można stosować. Tylko, na ile one zmienią sytuację szpitali – przepraszam, że powiem takim zupełnie prostym językiem – w których jest po prostu brudno, nie ma opieki nad pacjentami, pacjenci są zaniedbani, a potem wracają do tych szpitali, ponieważ zostali zakażeni? Często te zakażenia bardzo długo leczyli poza szpitalem, potem trafili do innego szpitala i znowu pojawili się w jakimś szpitalu.

To są te zagadnienia, z którymi nie jesteśmy w stanie dać sobie rady. To jest chyba podstawowa sprawa. Dlatego przydałby się na posiedzeniu naszej Komisji główny inspektor sanitarny, który by powiedział, jaki jest udział inspekcji sanitarnej w tym, co się dzieje. To samo dotyczy innych działań, które prowadzone są w szpitalach. Myślę np. o żywieniu w szpitalach, które, niestety, jest nie tylko na złym poziomie, ale nierzadko pożywienie przywożone przez różne firmy cateringowe jest szkodliwe.

Jeśli chodzi o statystyczne ujęcia, to one także dają nam bardzo wiele materiału, który można by intensywnie wykorzystać i przeanalizować. Oczywiście wymagałoby to pogłębionych analiz. Na przykład wskaźniki umieralności z powodu chorób nowotworowych. Mówię o standaryzowanych, którymi posługuje się Główny Urząd Statystyczny

i które są też zamieszczone w rządowym raporcie o sytuacji demograficznej Polski. Jeśli się je porównuje między województwami, to one w województwie warmińsko-mazurskim są wyższe niż w województwie opolskim. One znikąd się nie biorą. One prawdopodobnie biorą się właśnie ze złej jakości, która tam występuje.

Podobnie, jeśli chodzi o zgony z powodu chorób układu krążenia. Także mamy bardzo duże obszary w Polsce, które zamieszczamy na mapach w raporcie o sytuacji demograficznej. One są bardzo wyraźnie zaznaczone. Można to nawet identyfikować na podstawie szpitali, które są. Mamy 29 oddziałów położniczych w Polsce, gdzie za ostatnie 10 lat standaryzowana umieralność niemowląt jest dwukrotnie wyższa niż przeciętna umieralność niemowląt w Polsce. Ja myślę, że te proste dane statystyczne, które tu przytaczam – a jest ich znacznie więcej – gdyby rzetelnie je zbadać, gdyby im się przyjrzeć dokładnie, mogłyby bardzo istotnie wskazywać na różnice, także jakościowe.

Te różnice jakościowe dotyczą bardzo wielu zagadnień, od warunków materialnych placówek ochrony zdrowia, ich wyposażenia, po umiejętności i rzetelność personelu medycznego, umiejętności i jakość zarządzania, i wielu innych aspektów, które powinny być brane pod uwagę. Natomiast jeśli chodzi o te zachęty czy nie zachęty finansowe, ja nie widzę tak wielkiej ich przydatności, wielkiej wagi, która powinna być do nich przywiązywana. Na pewno to drogo kosztuje i z tego powodu może warto byłoby, żeby te środki, które są tak rozmieszczane, mają stanowić pewne zachęty – czasami dobre warunki nie są zasługą tych, który tam pracują, tylko zewnętrznych okoliczności – mogły rzeczywiście bardzo istotnie wpłynąć na jakość.

Czyli można tak podsumować: jest bardzo wiele działań, które powinny być podejmowane. One są bezkosztowe, należą do kategorii nadzoru i kontroli, także kontroli sanitarnej, a także kontroli zarządczej, i mogłyby z całą pewnością poprawić warunki jakościowe i jakość, która bezpośrednio docierałaby do pacjenta. Oczywiście wszelkie działania związane z podnoszeniem jakości są bardzo ważne, bardzo potrzebne. Chcę jednak powiedzieć, że nawet najlepsza ustawa tego nam nie zmieni. Muszą obowiązywać pewne obyczaje i pewne zasady, które są już opisane i należą do standardu, choćby sanitarnego, czy standardu opieki nad pacjentem. One są już zapisane. Oczywiście można stale pracować nad ustawą i zastanawiać się, jak ją realizować, ale podstawową sprawą – moim zdaniem – jest dzisiaj wdrożenie tych wszystkich standardów obowiązkowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę o krótsze wypowiedzi. Bardzo proszę, pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO-KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, chciałbym troszkę ożywić tę trochę senną, smutną atmosferę na tym naszym posiedzeniu i przede wszystkim złożyć życzenia panu doktorowi, panu ministrowi, z okazji 25-lecia pracy na rzecz ochrony zdrowia. Powiem państwu, że od kilkunastu godzin – mamy już trzecie, czwarte posiedzenie Komisji Zdrowia – mam takie wrażenie, że to jest ciąg ogłaszania nieustających sukcesów Ministerstwa Zdrowia, a jeszcze włączył się w to Narodowy Fundusz Zdrowia. Na tych trzech posiedzeniach Komisji wszystko jest świetnie i fajnie. Tymczasem mieliśmy dzisiaj rozmawiać o projekcie czy przygotowaniu ustawy o jakości w ochronie zdrowia, a właściwie nic się nie dowiedzieliśmy o tym, co ewentualnie się robi i co było zaniechane przez ostatnie lata.

Wypisałem sobie z tych dzisiejszych państwa wystąpień: „zbieramy informacje", „stymulujemy do akredytacji", „kierujemy się troską i rzetelnym spojrzeniem", „wprowadzamy działania wdrożeniowe", „musimy pozyskiwać dane", „Narodowy Fundusz Zdrowia wpisuje się w promowanie jakości", a nic nie mówimy o tym właśnie projekcie ustawy o jakości w ochronie zdrowia. Tymczasem chciałbym państwu przypomnieć jeden fakt – żeby już przejść do konkretów – że 1 lipca 2017 r. nastąpiła nowelizacja pakietu onkologicznego. Ustawa zobligowała pana ministra w art. 11 ust. 3 do publikacji wytycznych postępowania w onkologii, czyli przygotowania właśnie tych jakościowych procedur. Minął cały rok i 2 lipca 2018 r. pojawiły się tylko wytyczne dotyczące raka piersi. Przez 2 lata właściwie nic nie zostało zrobione, a minister zdrowia został zobligowany

do wprowadzenia standardów jakościowych. Nie mówmy więc o zastępczych rzeczach, które pięknie brzmią w państwa ustach, i przejdźmy do konkretów.

Te bardzo cenne uwagi pani prof. Hrynkiewicz czy pana dr. Rucińskiego są niezbędne, ale żeby je wykorzystać w procesie konsultacji społecznych dotyczących zapisów ustawy o jakości. Co z tego, że mówimy dzisiaj o tym, że zdarzenia niepożądane są i powinny być oceniane? Otóż zdarzenia niepożądane mimo wszystko są chyba konsekwencją braku tej ustawy o jakości. Tak długo, jak jej nie wprowadzimy, trudno będzie premiować jakość czy nie premiować przez Narodowy Fundusz Zdrowia tej jakości w szpitalach, zwłaszcza zabiegowych; kiedy nie mamy żadnych procedur, nie mamy żadnych kryteriów, które powinny być zapisane w ustawie o jakości. Jeśli nie będzie ustawy o jakości, nie będziemy mogli mówić o porównywaniu tej jakości w szpitalach. To właściwie wszystko. Jeszcze raz na koniec – mam takie wrażenie, że mówimy cały czas o nieustających sukcesach resortu zdrowia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja tylko tytułem wyjaśnienia. Panie pośle, jeżeli byłby gotowy projekt, to – jak rozumiem – ministerstwo samo by zabiegało o to, żebyśmy nad tym projektem procedowali. To wynika z planu pracy Komisji, z naszej chęci zainteresowania się stanem prac nad ustawą o jakości, a także tymi informacjami, które zostały przedstawione. Tyle tytułem wyjaśnienia. Pan poseł Skutecki, bardzo proszę.

Poseł Paweł Skutecki (Kukiz15):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, to jest oczywiste, że tego typu niepożądane zdarzenia były, są i będą. Chodzi tylko o to, żeby przestały być ukrywane, żeby zobaczyć, zdiagnozować, które można wykluczyć, które zminimalizować, a które po prostu się zdarzają i będą zdarzały. Obawiam się, panie ministrze, że w pana informacji nie usłyszałem słowa o konsultacji z organizacjami pacjenckimi, bo to, że podmioty plus lekarze będą mogli zgłaszać te zdarzenia, to trochę mało. To jest trochę tak, jak dzisiaj z rejestrem niepożądanych odczynów poszczepiennych. Jeżeli sam pacjent nie będzie mógł zgłosić, to te rejestry będą wciąż nieco kulawe.

Druga rzecz. Panie ministrze, czy koniecznie jest potrzebna do tego agencja monitorowania opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów? Można odnieść wrażenie, że tych agencji i instytucji wokół ochrony zdrowia jest co najmniej wystarczająco, a – moim zdaniem – dużo za dużo. Może mogłaby się tym zająć któraś z już istniejących instytucji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Masłowska, bardzo proszę.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

Panie ministrze, panie prezesie, mnie zaniepokoiła informacja Najwyższej Izby Kontroli, którą otrzymaliśmy jako posłowie kilka tygodni temu, z której wynika, że w szpitalach, w ogóle w podmiotach leczniczych, licznie występują zakażenia. Mało tego, liczba tych przypadków zwiększa się, i to w dużym tempie. W dodatku była też informacja, że podmioty lecznicze te zdarzenia ukrywają. Uważam, że to jest sprawa bardzo niebezpieczna i pilna do przeciwdziałania, do zatrzymania. W związku z tym chciałabym zapytać, czy w ramach działań, chociażby tych, o których pan prezes mówił… Ja bardzo dziękuję, to było dla mnie ciekawe wystąpienie, bo może lepiej nagradzać niż karać, bo jeśli nie nagradzać, to karać. Prawda? Czy w ramach tych czy innych działań Narodowy Fundusz Zdrowia docieka, monitoruje, pilnuje tych kwestii i w jakiś sposób także Ministerstwo Zdrowia uwzględnia w tej swojej polityce prewencyjnej? Dochodzi bowiem do takich sytuacji, że pacjenci mają obawy, czy nie zostaną w szpitalu zakażeni, czy nie wystąpi sepsa. Spotykam się z sytuacjami, kiedy pacjenci powstrzymują się przed zabiegami, przed pójściem do szpitala, bo zdarzają się takie przypadki, a tego przecież nie da się ukryć. Czy w tej sprawie, zanim powstanie ustawa, coś państwo robią? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO-KO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, tak naprawdę, z całym szacunkiem, to współczuję panu dzisiejszego posiedzenia Komisji, bo opowiadanie wyłącznie o tym, co chcielibyśmy zrobić, naprawdę nie jest przedmiotem posiedzenia Komisji Zdrowia, ale rozumiem, że podjął się pan takiej roli. Dlatego chcę zadać kilka bardziej konkretnych pytań.

Po pierwsze, rozumiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za efekt. I bardzo dobrze, bo rzeczywiście jest od tego, żeby płacić za efekty leczenia. Natomiast myślę, że jakość w ochronie zdrowia w szerokim pojęciu to jest jednak domena ministra zdrowia. To minister zdrowia powinien nam przedstawić konkretne efekty, jakie uzyskał przez 4 lata sprawowanych rządów. Pytania moje są takie. Po pierwsze, jeżeli chodzi o rejestry. Wiemy, że mówiąc o jakości, musimy mieć dane, m.in. rejestry. Z tego co pamiętam, 14 mln zł było przeznaczonych na prowadzenie nowych rejestrów. Chciałabym więc zapytać, jakie nowe rejestry zostały wprowadzone? To jest pierwsze pytanie. Drugie dotyczy zakażeń szpitalnych. Temat już tu dzisiaj poruszany. Chciałabym też wiedzieć, co zostało konkretnie wykonane, żeby sprawozdawczość z zakresu zakażeń szpitalnych i zapobiegania zakażeniom była realna i rzeczywista. Bo te osoby, które znają system opieki zdrowotnej, doskonale wiedzą, że zakażenia nie są sprawozdawane.

Trzeci element to zdarzenia medyczne, o których również padło kilka zdań. Rzeczywiście są takie, które możemy tylko poprawić, w jakiś sposób usprawnić, żeby do nich nie dochodziło. Są też takie, które były i będą występować, ale żeby jednak zmniejszać wielkość kosztów pośrednich musi być tu przeprowadzona analiza i wyciągnięte wnioski. A żeby tak było, to zdarzenia niepożądane muszą się stać jednym z ważnych elementów jakości. Zatem pytanie: co w tym zakresie konkretnie zostało zrobione?

Na temat akredytacji rozmawialiśmy już kilkakrotnie, jeśli pamiętam. Wiem, że mieliśmy wątpliwości, czy aby na pewno ustawa o akredytacji spełnia obecnie te nasze oczekiwania, które w stosunku do całego systemu ochrony zdrowia chcielibyśmy, żeby zostały osiągnięte. Bo płacenie za sam certyfikat to jedno, a wdrożenie poprawy tych zapisów, które są narzucane poprzez akredytację, to drugie. Kolejne pytanie mam takie. Skąd pan minister czerpie tę wiedzę, którą dostaliśmy na początku przedstawionego sprawozdania, odnośnie do częstości występowania zdarzeń niepożądanych, że one wynoszą ok. 7%? Na podstawie czego, jakich danych, skąd są te bazy? Chciałabym to bardzo dokładnie wiedzieć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos zaproszonym gościom, jeszcze ja odniosę się do tego tematu. Szanowni państwo, panie przewodniczący, panie prezesie, ja muszę powiedzieć, że zdecydowanie wolę sytuację taką, żeby chociażby u pana posła Rucińskiego było 20 wszczepień endoprotez więcej niż w jakimś małym szpitalu, gdzie nie mają doświadczenia, gdzie wykonują tylko 20 wszczepień endoprotez. To jest właśnie kierunek, w którym powinniśmy pójść. Oczywiście powodów pośrednich jest dużo więcej, bo to jest także kwestia zakażeń, do których dochodzi, i konieczności robienia reimplantacji. Jakie więc tu wprowadzić mechanizmy? Wydaje się m.in., że te mechanizmy jakościowe, finansowe są tym, co to może wyregulować, że jednych za to się premiuje, a innych niekoniecznie i to spowoduje naturalny przepływ pacjentów do tych – jak rozumiem – mocniejszych ośrodków. Uważam, że to jest bardzo dobre.

Ja muszę powiedzieć, bo niektóre osoby wyrażały wątpliwości odnośnie do tego premiowania, jeżeli chodzi o finanse, że lepszego pomysłu nie mam. Trudno wyobrazić sobie lepszy mechanizm niż właśnie w ten sposób premiowanie jakości.

Na koniec powiem tak: wydaje mi się, odnośnie do działań, o których państwo mówili przy okazji, czy minister, czy prezes, że Ministerstwo Zdrowia nadzoruje prace Narodowego Funduszu Zdrowia i również pewne kierunki, które są przyjmowane, realizuje płatnik. Moim zdaniem pożądane jest to, aby to państwa doświadczenie, niezależnie do tego, czy będzie ustawa, czy nie, bo zapiszemy pewne rzeczy, a później to trzeba realizować… Zatem ja cieszę się z tego, że pewne działania już są przez NFZ realizowane. Mam tylko nadzieję, że to będzie jeszcze szersze i będzie dotyczyło innych specjalności, innych zdarzeń medycznych, bo taka jest potrzeba.

Zupełnie na koniec zasygnalizuję jedną rzecz, o której, jak myślę, też warto powiedzieć: uwolnienie i prowadzenie bez limitu badań w diagnostyce, w rezonansie magnetycznym, i premiowanie tego, o czym państwo mówili. Wydaje mi się, że warto też spojrzeć troszkę szerzej na to wszystko, bo rozumiem, że mówimy tutaj także, a może przede wszystkim, o tych podmiotach, które wykonują to dodatkowo, poza świadczeniami tylko czysto szpitalnymi, czyli w ramach dodatkowego kontraktowania, czy by nie rozszerzyć liczby podmiotów, które są dopuszczone. Mamy bowiem sytuację troszkę taką, że z jednej strony uwalniamy ten rynek, mówimy: nie ma limitu. A z drugiej strony można nie przejść procedury konkursowej niezależnie od doświadczenia, bo można było mieć doświadczenie 10 lat wykonywania badań – znam taki przykład – nowiutki sprzęt, i nie przejść procedury konkursowej. Myślę, że warto się temu przyjrzeć i rozszerzyć to na inne podmioty, również w celu skrócenia kolejek i rzeczywiście poszerzenia dostępności. Bo po co o godzinie 24.00 wykonywać rezonans, jeżeli można gdzieś zrobić o godzinie 14.00? W miejscu, gdzie je robiono, a w tej chwili nie ma kontraktu, jest wyłącznie komercja. Tyle z mojej strony.

Zgłaszali się zaproszeni goście. Pani z końca sali zgłaszała się pierwsza. Bardzo proszę.

Członek zarządu Fundacji Onkologicznej ALIVIA Agata Polińska:

Dzień dobry. Nazywam się Agata Polińska i reprezentuję Fundację Onkologiczną ALIVIA. Chciałabym zadać w zasadzie dwa pytania.

Pierwsze dotyczy rejestrów medycznych. Mianowicie pan prezes powiedział, że rejestry powstają, natomiast z mojej wiedzy wynika, że pieniądze, które zostały zabezpieczone, nie posłużyły do stworzenia jakiegokolwiek nowego projektu rejestrów. Wszystkie powołane dotychczas rejestry to projekty złożone wiele lat temu, dla których nie było do tej pory finansowania i dodatkowo żaden z tych rejestrów nie obejmuje onkologii. W związku z tym mam pytanie, kiedy i w jakiej liczbie minister zdrowia zamierza powołać te rejestry?

Może też – aczkolwiek nie wiem, na ile to możliwe, taka dygresja, jeżeli mamy dane dotyczące śmiertelności na poziomie województw w chorobach nowotworowych – moglibyśmy przeanalizować dane z ZUS i określić, jaka jest ta śmiertelność w zależności od o ośrodka? Myślę, że pacjenci byliby bardzo zainteresowani takimi danymi, bo one faktycznie by pokazywały, gdzie ruszać po większą szansę na dłuższe przeżycie. Nie wiem, czy to jest możliwe. To jest pytanie do pana prezesa, czy zebranie takich danych by umożliwiło stworzenie takich analiz i ich upublicznienie?

Chciałabym też odnieść się do tego, co pan prezes powiedział w sprawie premiowania jakości i płacenia za wynik. Z mojej perspektywy jako reprezentanta pacjentów – jestem jedną z nich – doceniam premiowanie. Premiowanie akredytacji jest oczywiście dobrym kierunkiem, ale w dalszym ciągu nie jest to płacenie za wynik. Płacenie za liczbę operacji, ten kierunek – owszem ma szansę zwiększyć przeżywalność i skuteczność przeprowadzania tych operacji, ale tak naprawdę jest to pewne założenie, a nie jest ono weryfikowane w praktyce.

Rozumiem, że są badania, które wskazują, że taka centralizacja świadczeń prowadzi do wyższej jakości ich świadczenia. Absolutnie z tym się zgadzam i nie dyskutuję. Natomiast proszę też wziąć pod uwagę, że może to być również zależne od wytycznych, którymi się kierują placówki, np. decydując o tym, czy pacjent powinien być operowany, czy nie. Mówię o *stricte* chorobach nowotworowych, w przypadku których taka decyzja nie jest prosta. W związku z tym wdrożenie standardów postępowania diagnostyczno -leczniczego w chorobach nowotworowych wydaje się pilne.

Co więcej, my mówiąc o płaceniu za wynik, mamy jednak na myśli prawdziwy wynik, czyli efekt zdrowotny. To, co pan przedstawił, jest pewną zmianą, ale to jest zmiana z płacenia za procedurę na płacenie za liczbę procedur. To w dalszym ciągu nie jest płacenie za wynik zdrowotny. Chciałabym więc się dowiedzieć, w jakim tempie dojdziemy do tego, żeby mierzyć efekt zdrowotny, a to oznacza pytanie o to, kiedy powstaną rejestry? Dziękuję pięknie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych – rzecznik. Chciałabym powiedzieć, że my około roku temu w ramach projektu „Obywatele dla Zdrowia" też bardzo wnikliwie analizowaliśmy taki wstępny projekt tej ustawy. Była to dość dogłębna analiza. Tam, co nas bardzo zdziwiło, nie było słowa o satysfakcji pacjenta. Szczęśliwie teraz to się pojawiło. My to zgłosiliśmy na posiedzeniu podkomisji, u pana posła Ostrowskiego, jakiś czas temu, bo też była analiza projektu tej ustawy. Cieszymy się, że o tym mówimy. Chcielibyśmy tylko wiedzieć, jakich wskaźników państwo użyją, oceniając tę satysfakcję pacjenta, jak ją będziecie mierzyć i czy za tę satysfakcję osiąganą przez pacjentów też będziecie premiować ośrodki? Czy ośrodki dzięki temu dostaną więcej punktów?

Natomiast chciałabym troszeczkę polemizować z moją koleżanką, bo uważam, że czynnik śmiertelności może być mylący. Wiemy bowiem, że jeśli chodzi o bardzo ciężkie przypadki, to niestety pacjenci w stanie bardzo zaawansowanym albo wręcz pacjenci, u których nie udało się leczenie albo operacja była źle wykonana, trafiają do takich bardzo dobrze pracujących ośrodków, które później mają takie mylące wyniki leczenia. Okazuje się, że oni leczą najcięższe, najtrudniejsze przypadki, a później, w związku z tym, wynik jest taki, że mają najgorszy… Trzeba by najpierw określić – co ty mówisz – stopnień zaawansowania choroby czy stan kliniczny pacjenta, żeby móc oceniać. To też trzeba wziąć pod uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, kolejne zgłoszenia. Najpierw pan, a później pani, bo państwo w tej kolejności się zgłaszali.

Prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji Robert Mołdach:

Robert Mołdach, Instytut Zdrowia i Demokracji. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ponieważ rozmawiamy dzisiaj o jakości opieki zdrowotnej, w tym monitorowaniu zdarzeń niepożądanych, chciałbym przypomnieć pewne wystąpienie, które miało przełomowy wpływ na rozwój sektora w ogóle i rozwój dyskusji o monitorowaniu zdarzeń i o bezpieczeństwie pacjenta. Ono odbyło się 8 października 1997 r. Rzeczywiście zgadzam się z panem ministrem, że to jest już szmat czasu, prawie ćwierć wieku, ale warto je przypomnieć.

Ono nie odbyło się w Polsce. Miało miejsce w trakcie posiedzenia podkomisji ds. zdrowia, w podobnym tonie, komisji ds. weteranów izby reprezentantów Stanów Zjednoczonych. Jest to o tyle interesujące, że my obecnie zacieśniamy kontakty, Ministerstwo Zdrowia zacieśnia kontakty ze światem nauki, dobrej praktyki klinicznej w Stanach Zjednoczonych. Słowa, które chcę przytoczyć, nabierają w tym sensie szerszego kontekstu. Ich autorem jest dr Lucjan Leppe, profesor Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Harvarda, niekwestionowany autorytet, jeśli chodzi o kwestie bezpieczeństwa pacjenta, jakości opieki, orędownik i propagator przez ostatnie ćwierćwiecze rozwoju, z którego Stany Zjednoczone i inne kraje brały przykład. W trakcie podobnej dyskusji zadał on członkom kongresu pytanie, które pozwolę sobie na tej sali przypomnieć i zacytować: „Jak to możliwe, że gdy wchodzimy na pokład samolotu, prawdopodobieństwo śmierci w wypadku lotniczym jest jak 1:2 000 000, a gdy przekraczamy mury szpitala, prawdopodobieństwo zgonu w wyniku zdarzenia medycznego wynosi aż 1:200?". Tu się nie pomyliłem – 1:200 w proporcji do 1:2 000 000, jeżeli mówimy o zdarzeniach niepożądanych. Oczywiście minęło prawie ćwierć wieku i trochę inna jest sytuacja w 2019 r., a inna była w 1997 r. Ale problemy i wyzwania pozostały. Proporcja, być może nie tak rażąca, ale bardzo istotna, nadal występuje.

Ochrona zdrowia – oczywiście na tej sali nie muszę tego przypominać – jest sektorem gospodarki wysokiego ryzyka. Leczenie jest dzisiaj procesem niezmiernie skomplikowanym, wymagającym zaangażowania, zaawansowanej wiedzy, nowoczesnych technologii medycznych, olbrzymich zespołów medycznych. Odbywa się w dużym niedoczasie, z dużą liczbą pacjentów. Ważne jest, aby powodować, żeby błędów w tych warunkach było jak najmniej, ponieważ one są nieuniknione przez naturę tego, co w ochronie zdrowia się dzieje. Ja to muszę podkreślić, ale oczywiście nie mam żadnych wątpliwości,

że personel medyczny jest jak najbardziej jak najlepiej przygotowany do tego, od strony swego wykształcenia, misji, i do realizacji tych zadań, ale to nie zmienia faktu, że błędy będą się zdarzały.

Statystyki światowe pokazują, że to ryzyko błędu nadal jest wysokie, a kluczem do naprawy sytuacji jest elementarna zmiana podejścia do zdarzeń niepożądanych – odejście od poszukiwania winnych, odejście od penalizacji na rzecz dobrowolnego raportowania i dzielenia się doświadczeniem, wyciągania wniosków na przyszłość. Jednak do tego potrzeba zmiany kultury organizacyjnej, a ta zmiana nie odbędzie się bez zmiany prawa. Dlatego o tej zmianie prawa mówimy, że to nie stanie się oddolnie. To musi być jasny wyznacznik regulatora, ustawodawcy, który zmieni zasady funkcjonujące w zakresie raportowania zdarzeń medycznych. Powinniśmy zacząć pytać, co poszło nie tak, a nie, kto popełnił błąd. To jest pewna zmiana systemowa w myśleniu o błędach medycznych: co poszło nie tak.

Potrzebujemy zmiany w prawie. Przede wszystkim potrzebujemy niepenalizującego rejestru zdarzeń medycznych, promocji i kształtowania kultury sprawiedliwego traktowania tego, co w języku angielskim nazywa się Just Culture, która jest podstawowym warunkiem skutecznie działającego systemu zgłaszania zdarzeń, niezbędnym w każdym szpitalu, w każdej placówce medycznej.

Ja pragnę wierzyć, że my zmierzamy w dobrym kierunku, natomiast robimy to już bardzo długo. Robimy to blisko ćwierć wieku. To są tracone szanse na właściwą opiekę medyczną od strony bezpieczeństwa pacjenta. Pacjenci ją tracą. Myślę więc, że to jest najwyższy czas, aby odpowiednie regulacje prawne w tym zakresie zostały przyjęte i żebyśmy przestali tylko mówić o nowej ustawie, o zamiarach, a zaczęli to wdrażać. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Również bardzo dziękuję. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Urszuli Jaworskiej Urszula Jaworska:

Urszula Jaworska, Fundacja Urszuli Jaworskiej. Drodzy państwo, od trzech lat, wspólnie z pracownikami Ministerstwa Zdrowia – i ekspertami fundacji, bo nie ja sama, oczywiście – tworzyliśmy podwaliny do ustawy o jakości. Od dwóch lat z ekspertem fundacji Rafałem Janiszewskim pielgrzymowaliśmy do wszystkich instytucji, które powinny mieć nadzór nad bezpieczeństwem i jakością w ochronie zdrowia. Efektem tych naszych prac było spotkanie z panem ministrem, który powołał zespół do opracowania propozycji ustawowych regulujących prawa i obowiązki pacjenta. Rekomendacje do ustaw to były 23 punkty. Jednym z nich była rekomendacja odnośnie do jakości i bezpieczeństwa pacjenta, opracowana przez zespół liczący ponad 20 osób. Proponowaliśmy tam mierniki, które już mamy wypracowane, jak pan prezes Niedzielski wie. Do opieki koordynowanej mamy wypracowane mierniki, do jakości, efektywności, bezpieczeństwa, które wchodzą w pilotaż.

Wszystko to było w tym zespole wypracowane. Zniknęło w departamentach. Nie wiem, co do tej pory się stało i co zostało uwzględnione przez Ministerstwo Zdrowia. Czuję się w dyskomforcie, odpowiedzialna za zespół, który pracował 4 miesiące i nie wie, co z tą pracą się zadziało. To jest pierwsza rzecz.

Bardzo mnie cieszy korpus kontroli. Chciałabym tylko wiedzieć, jak w nim są ustawione mierniki, narzędzia jakości. My w tym projekcie wypracowaliśmy propozycje samokontroli, wdrażania, samonaprawy i kontroli zewnętrznej, również poprzez tajemniczego pacjenta, odnośnie do jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Nadal jesteśmy gotowi pomóc w napisaniu propozycji do ustawy z perspektywy pacjenta. My to mamy przygotowane już od dwóch lat. Wystarczy tylko usiąść z nami i porozmawiać.

Chciałabym jeszcze porozmawiać o tym, o czym wspomnieli już przedstawiciele organizacji – o definicji jakości. Ona z perspektywy każdego z nas – z perspektywy pacjenta, personelu, szpitala, płatnika czy decydenta – jest inna. Warto by było usiąść i popracować nad tym, dla kogo co jest definicją bezpieczeństwa i jakości, i wypracować wspólne stanowisko, które mogłoby być do tego podstawą. Tak więc ja z zespołem ekspertów deklaruję gotowość do przygotowania ustawy o jakości z perspektywy pacjenta.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Jeszcze jeden głos i jeszcze pan przewodniczący Sośnierz. Bardzo proszę, pani. Poprzedniczkę proszę o wyłączenie mikrofonu.

Dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta Agnieszka Wernik:

Witam państwa. Agnieszka Wernik, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. Proszę państwa, prawie ¾ skarg wpływających do Biura Rzecznika Praw Pacjenta dotyczy naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych, zarówno jeśli chodzi o skargi zgłaszane za pośrednictwem infolinii, jak i skargi pisemne.

Gdy dokonywaliśmy analizy naruszeń praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych w kontekście właśnie zdarzeń niepożądanych, sklasyfikowaliśmy 3 główne przyczyny zdarzeń niepożądanych. Pierwsza jest związana z błędami w dokumentowaniu dotychczasowego procesu leczenia pacjenta, w szczególności w dokumentacji medycznej indywidualnej lub zbiorczej. Druga związana jest z niewłaściwą organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych, a trzecia stanowi tzw. błędy ludzkie, polegające na niezachowaniu należytej staranności zawodowej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Proszę zwrócić uwagę na to, że dwie z tych trzech grup są możliwe do zniwelowania – bo nie można wyeliminować zdarzeń medycznych, to musimy wprost powiedzieć – poprzez szkolenia na podstawie dotychczasowych zdarzeń niepożądanych, które już miały miejsce w danym podmiocie leczniczym. Żeby takie szkolenia mogły mieć miejsce, najpierw musi istnieć zweryfikowany przez państwo system raportowania zdarzeń niepożądanych. Oczywiście personel medyczny nie może spodziewać się kary za to, że zgłosi takie zdarzenia niepożądane, a następnie na podstawie takiego rejestru muszą być prowadzone szkolenia niestety nieustannie.

Dlatego z punktu widzenia Biura Rzecznika Praw Pacjenta istotne jest powołanie rejestru. Cieszy nas, że jest to w założeniach ustawy, ale też widzimy, że istnieją takie oczekiwania również ze strony personelu medycznego, który może przekazywać sobie wiedzę o tych zdarzeniach niepożądanych, i również ze strony pacjentów. Wobec powyższego chcielibyśmy, żeby taka wiedza była przekazywana w polskich podmiotach leczniczych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Sośnierz.

Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):

Ja bardzo chciałbym podtrzymać to, co powiedział pan Mołdach odnośnie do jakości i depenalizowania jakości, a bardziej zdarzeń niepożądanych i powikłań, żeby doprowadzić do poprawy rejestrowania tych zdarzeń i wiedzy o nich. Rzeczywiście bowiem niewiele wiemy, a ta zła tradycja trwa już od dziesięcioleci, żeby ukrywać zdarzenia z różnych względów. Nawet w niedawnych czasach okazywało się, że jednak warto tego nie zgłaszać i taić to.

Chciałbym zwrócić uwagę panu prezesowi Niedzielskiemu, że rzeczywiście – co pan też powiedział – Narodowy Fundusz Zdrowia posiada już doskonałe bazy danych. Te bazy danych już w tej chwili pozwalają oceniać jakość prawdziwą, czyli to, co jest istotne, czy pacjent ma pożytek z tego działania, czy nie, czy też by dochodziło do jakichś powikłań. Powikłania, wbrew pozorom, też można ukrywać, nawet poza świadomością tych sprawozdających. Odpowiednio wielopiętrowe analizy tych baz danych… Takie analizy prowadziliśmy swego czasu w kasie chorych i były zadziwiające efekty. Ośrodki, które były renomowane, wychodziły czasem bardzo źle w tych jakościowych, prawdziwych analizach i potem nie było wytłumaczenia. Te bazy właściwie już istnieją w Narodowym Funduszu Zdrowia, tylko trzeba je odpowiednio… Jak powiedziałem, kilkupiętrowe analizy i da się to wyciągnąć z zaskakującymi efektami. Jeden przykład: trzy lata temu tu, z Warszawy, będąc w Sejmie, uratowałem życie pacjentowi, który miał sepsę w wyniku leczenia w ośrodku, który na pewno uzyskałby premię za ilość. Na pewno. Natomiast pacjent ledwo przeżył. Jakich wybiegów używałem, żeby to załatwić, to inna sprawa. Ale co najbardziej było smutne – znając menadżera tego zakładu, zresztą znam wszystkich tych menadżerów, zadzwoniłem po kilku miesiącach zapytać, czy przeprowadzili docho-

dzenie epidemiologiczne w tej sprawie. W jakiej sprawie? Przecież nie było żadnego powikłania. Pacjent ledwo przeżył, był już prawie umierający. Jeśli ten ośrodek otrzymałby premię właśnie za coś takiego… On by dostał premię, bo na ilość szło dobrze.

Trzeba więc będzie jeszcze raz zwrócić uwagę na to, żeby naprawdę uzyskać dobry wynik. I to z baz danych Narodowego Funduszu Zdrowia, i z rejestrów, które są planowane. One jeszcze lepiej to pokażą, będą bardziej nacelowane na tę jakość – ale również na to, jak doprowadzić do tego, żebyśmy uzyskali większą wiedzę i nagradzali prawdziwą jakość. To jest wyzwanie osiągalne – i dobrze, że zostało podjęte. Obyśmy doszli do jakichś sensownych rezultatów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie będzie drugiej tury pytań, bardzo mi przykro. Proszę o odpowiedzi. Najpierw pan prezes, a potem pan minister. Bardzo proszę.

P.o. prezesa NFZ Adam Niedzielski:

Ja może zacznę od precyzyjnej odpowiedzi odnośnie do endoprotezoplastyk. My mamy sformułowane warunki. One są nieco bardziej skomplikowane. Nie używałem jednej liczby, dlatego że mamy różne progi dla różnych trybów zabiegu. Generalnie próg pierwszy to jest 90 pierwotnych, całkowitych alloplastyk stawu biodrowego w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą H13 i H14. Czyli tu jest próg 90 zabiegów.

Jeżeli mówimy o alloplastyce stawu kolanowego, też w sytuacji rozliczania grupami hospitalizacyjnymi, to jest to liczba 60. I trzecie kryterium – one są rozłączne, czyli wystarczy spełnić jedno z nich – to jest 10 operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego, w sytuacji rozliczania również tymi grupami hospitalizacyjnymi. Od razu zwracam uwagę na to, że są dla okresów rocznych, a więc 10 nie wydaje się porażającym kryterium. My wykonaliśmy taką analizę w różnych dziedzinach i naprawdę ten poziom rozproszenia struktury leczenia w Polsce – ja nie mówię konkretnie o obszarze endoprotezoplastyki – jest ogromny. To znaczy, że mała liczba podmiotów spełnia nawet takie niewymagające kryteria koncentracji zabiegowej.

Jeżeli chodzi o kwestie związane z ukierunkowaniem rozliczeń – pytanie z różnych stron – to rzeczywiście bazy NFZ zawierają bardzo duże zakresy informacyjne i trzeba się zgodzić z tym, co mówił pan poseł Sośnierz. Jednak pan też zwrócił uwagę na to, że to nie jest taka informacja *sensu stricto.* To są pewne przybliżenia, na podstawie których można wnioskować, ale to nie jest informacja wprost. Ja zwracam uwagę na to, że NFZ gromadzi informacje o zdarzeniu – w rozumieniu, że wydarzył się jakiś kontakt pacjenta ze służbą zdrowia, mamy zapisane parametry tego zdarzenia, natomiast my nie mamy całej sfery dotyczącej opisu dokumentacji medycznej. To jest zupełnie poza nami. Mamy produkt, a nie mamy opisów z tym związanych. To oznacza, że musimy metodą przybliżeń domyślać się częściowo, co za pewnymi procesami stoi.

Jest pewna zaleta i pewna wada tego rozwiązania. Zaletą tego rozwiązania jest to, że ponieważ nasze informacje są ukierunkowane na rozliczenie, bo to jest główna funkcja płatnika, to ta nasza baza danych jest kompletna. To znaczy, że my mamy pokrycie tych zdarzeń blisko stuprocentowe. Jeżeli bowiem popatrzymy na rejestry, odnośnie do których NFZ nie ma wglądu, żeby było jasne, bo my nie mamy tych informacji, to niestety ośrodki prowadzące rejestry mają tę część, którą nazywamy potocznie dokumentacją medyczną. Ale kompletność tych rejestrów, według właścicieli, pozostawia wiele do życzenia. Te parametry – nie będę podawał konkretnych – to nie są liczby, które w ogóle zbliżają się do 100%, mówiąc delikatnie.

Tak więc problem z zarządzaniem jakością to rzeczywiście problem samego rejestru i jego kompletności. NFZ stara się wykorzystywać ten zasób danych, jaki posiada. W związku z tym elementy jakościowe, za które płacimy, mogą na pierwszy rzut oka wydawać się niedoskonałe, bo one per se nie są definicją jakości. Ale są właśnie jej przybliżeniem, na tej zasadzie, jakimi danymi my po prostu dysponujemy. My z całą pewnością – i to jest deklaracja NFZ, ale też pewne oczekiwanie Ministerstwa Zdrowia, które jest wobec NFZ bardzo wyraźnie formułowane – szukamy coraz to nowych obszarów, przestawiając tę naszą politykę na płacenie za jakość. Może nie z dnia na dzień, ale jednak poszukując stopniowo pewnych elementów, które nas mogą do takiego systemu

przybliżać. Kiedy będą rejestry zdarzeń niepożądanych, to my oczywiście, jeśli będziemy mieli prawo z nich korzystać, będziemy uwzględniali je w polityce płacenia.

Natomiast również pewnym zobowiązaniem płatnika jest to, że on może płacić, kiedy ma przekonanie, że ta informacja jest obiektywna, rzetelna i porównywalna. Mamy takie przekonanie odnośnie do naszych informacji, które są, bo je od 10 lat zbieramy, dbamy o ich jakość, pilnujemy rzetelności procesu. Proszę państwa, my mamy setki reguł walidacyjnych, które są pewnego rodzaju filtrem przyjmującym informacje. To są bardzo zaawansowane algorytmy, które już wręcz wykorzystują schematy sztucznej inteligencji. Rejestry jako takie moim zdaniem takich procedur jeszcze nie posiadają i – tak jak mówię – my nie posiadamy do nich bezpośredniego dostępu, ale oczywiście coś z tym robimy.

Został powołany w NFZ pełnomocnik ds. rejestrów. My pracując nad swoim nowym systemem informatycznym – bo cały czas mamy 16 oddzielnych systemów, które są spadkiem po kasach chorych – przygotowujemy platformę informatyczną, na której damy świadczeniodawcom możliwość prowadzenia tych rejestrów. Mamy nadzieję, że taka możliwość – ona nie pojawi się szybko – też spowoduje, że uspójnienie tej informacji między tym, co my mamy w bazach danych, a tym, co jest w rejestrach medycznych, będzie wtedy zabiegiem technicznie o wiele prostszym.

Jeżeli miałbym się odnosić jeszcze do jakichś wątków, to chciałbym też zwrócić uwagę na to, że są pewne rzeczy, które, niestety, nie są do wymuszenia motywatorami finansowymi. Chociaż zgadzam się z panem przewodniczącym, że nie ma skuteczniejszego motywatora. Jest jednak pewien proces zmiany kultury organizacyjnej, który musi być indukowany z różnych stron. To nie jest tylko kwestia motywatorów finansowych. To są oczywiście regulacje, nad którymi pracuje ministerstwo. Ale to jest też budowa pewnej świadomości, bo jak sami państwo zauważyli, ta kultura, która do tej pory, jak można powiedzieć, była uznawana za obowiązującą, mówiła raczej o ukrywaniu zdarzeń niepożądanych. Musimy zmienić nastawienie, zmienić regulacje, zmienić kulturę, bo to będzie prowadziło do innego podejścia. Same motywatory finansowe, wydaje mi się, nie zadziałają. To wymaga zdecydowanie szerszego podejścia. To może tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Krótko na koniec pan minister, bardzo proszę. Krótko.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

25 lat doświadczeń, za które dostałem gratulacje, a mam krótko… To jest ograniczenie, któremu postaram się sprostać. Aczkolwiek w jakości, w systemie ochrony zdrowia funkcjonuję trochę dłużej i ta perspektywa daje pewne doświadczenia, których chciałbym użyć w formie komentarza, odpowiadając na pytania dotyczące Ministerstwa Zdrowia i działań.

Zacznę według kolejności, w jakiej były zgłaszane te sugestie. Wynotowałem sobie tę część dotyczącą Ministerstwa Zdrowia. Pani prof. Hrynkiewicz, zadając pytanie, przypomniała mi z kolei o jeszcze wcześniejszym profesorze harvardzkim Donabedianim, który wydał biblię na temat jakości w opiece zdrowotnej jeszcze w latach 60., z której korzystaliśmy od początku funkcjonowania w nowej rzeczywistości. Tam były zapisane rzeczy, które odnoszą się do pewnego rodzaju perspektyw. Państwo zadając pytania, a także kontestując pewnego rodzaju rozwiązania podawane z perspektywy płatnika, muszą wziąć pod uwagę – co pan prezes powiedział na koniec – że to jest ta perspektywa podmiotu, który płaci za świadczenie. I to zawsze będzie jego perspektywa, płatnika. Inna jest perspektywa pacjenta. Środowiska pacjenckie, które zgłaszały określone oczekiwania, mają te oczekiwania z perspektywy pacjenta. Jeszcze inna jest perspektywa świadczeniodawcy. To jest właśnie ta rzecz z biblii Donabediana, którą musimy uwzględnić przy okazji rozważań na temat jakości i generalnie sugerowania jakichś rozwiązań. Inną perspektywę niż płatnik mają lekarz, pielęgniarka czy osoba wykonująca. To jest zwykle perspektywa kolizyjna, a nie tożsama. W tym kontekście pani profesor mi przypomniała tamte określenia.

Natomiast, odnosząc się do tych elementów, tych danych, które są zbierane przez GUS, zgadzam się, że my mamy wiele danych, również w publicznym sektorze, poza tymi danymi NFZ, do których Ministerstwo Zdrowia również ma dostęp. Te dane *de*

facto nie pozwalają na takie bezpośrednie opracowanie, np. określonej procedury postępowania w danych obszarach. Przykładem tego jest duży trud narzucony, wskazaną przez pana posła Hoka, ustawą o świadczeniach. Generalnie w onkologii powinniśmy tworzyć te obwieszczenia na podstawie standardów opracowanych przez towarzystwa, ale jeszcze wciąż nie możemy spowodować, żeby te standardy przez towarzystwa opracowywane, nawet w wąskiej dziedzinie, były jednolite. To jest rzecz, którą w medycynie obserwujemy. Dlatego to tyle trwa i dlatego nie chciałbym, żebyśmy kiedykolwiek przyspieszali proces, bo zrobimy krzywdę – nie procesowi, nie płatnikowi, tylko tym ludziom, dla których te standardy opracowujemy.

Dwa elementy, które tutaj się przewijały. Pierwszy, mówiący o zakażeniach wewnątrzszpitalnych. Rzeczywiście warto by było zaprosić przy jakiejś innej okoliczności głównego inspektora sanitarnego, który zbiera te dane. Te dane są kompletne. To nie jest tak, że my generalnie cokolwiek utajniamy. Każda patologia występująca w szpitalu jest raportowana. Natomiast to, czy ona jest dokumentowana, w tym sensie, że jest przedstawiana tak, jak jest, to jest kwestia, którą musimy wspólnie w jakiś sposób przygotować i niezależnie od tego, czy jest ustawa, czy nie. Tę informację na temat zakażeń szpitalnych *de facto* już mamy i ona jest opracowana w sposób na tyle kompletny, żeby ją przygotować.

Problem żywienia w szpitalach. Dopóki nie były podnoszone środki w szpitalach, to generalnie trudno było mówić o żywieniu w szpitalach. W tej chwili możemy zacząć debatować, m.in. dzięki tej ustawie 6-procentowej, przynoszącej pewien wzrost tych środków. Ale to wciąż jest kwota niewystarczająca, bo jeszcze tych 6% nie osiągnęliśmy. Żywienie w szpitalach nie jest szkodliwe – chciałbym zdementować. Ono jest być może niewystarczające i być może często nieadekwatne do określonych schorzeń. To znaczy, jeżeli jest robiony catering, to już jest jakby domena szpitala, bo przygotowany konkurs na żywienie w szpitalach powinien zawierać również elementy zawierające konkretne diety dla konkretnych pacjentów.

Mówiliśmy o zdarzeniach niepożądanych. Ja mam taką perspektywę. Kiedy mówiłem w swojej wstępnej wypowiedzi na temat rzeczy, które robimy, dostałem informację, że mówię tylko o planach. Zdarzenia niepożądane są archiwizowane i są możliwe do przeprowadzenia w ramach szpitala, nawet w tej chwili, przy tym systemie, który funkcjonuje. Kwestia jest taka, że szpital musi być do tego zachęcony w jakikolwiek sposób, niekoniecznie finansowy, żeby po prostu brać udział w raportowaniu. Takie zachęty stwarza procedura akredytacji.

W zasadzie, jeżeli mówimy o zmianach w organizacji – pan dr Mołdach mówił o konieczności ustawy – nie uważam, żeby kulturę organizacyjną można było w jakiś sposób opracować w ramach ustawy. Ta kultura organizacji – bo nie chodzi o samą organizacyjną kulturę – kultura funkcjonowania jest zdecydowanie po stronie samodzielnej jednostki, a niekoniecznie opisywana w ustawie. My możemy dać pewne rekomendacje, które już są w systemie. To absolutnie nie wymaga wielkich zmian. Oczywiście ten aspekt depenalizacji. Ale to nie jest kwestia taka, że każde zgłoszone zdarzenie będzie penalizowane, tylko nie mamy mechanizmów ochrony tej osoby, która takie zdarzenie zgłosi, czego sam jestem przykładem.

Pan poseł Skutecki też odniósł się do tego i do odczynów poszczepiennych. Jest możliwość zgłaszania odczynów poszczepiennych przez każdą osobę. URPL prowadzi taki rejestr. Nie wiem, czy jesteśmy w stanie zrobić taki rejestr dotyczący zdarzeń niepożądanych. Pewnie to bardziej dotyczyłoby globalnej aktywności.

Natomiast w odniesieniu do agencji, nie ma potrzeby agencji. Państwo dostali materiał, który był opracowywany dość dawno, natomiast to jest wskazanie, że Centrum Monitorowania Jakości jest powołane zarządzeniem Ministra Zdrowia. To jest inny zakres. Jeżeli będzie debata na temat przyłączenia tego zespołu do instytucji, która ma oprzyrządowanie ustawowe odpowiednio wysokie, to myślę, że nie ma z tym problemu.

Pani poseł Małecka-Libera wyraziła troskę – nie ma jej. Ja nie czuję dyskomfortu, rozmawiając o jakości, niezależnie od tego, że to, co chcieliśmy przedstawić jako rzeczy, które zostały wykonane czy zrealizowane, też było kontestowane jako sukcesy

i mówienie o sukcesach. Nie chciałbym, żebyśmy w ten sposób prowadzili tę debatę, bo my mamy osiągnięcia, jeśli chodzi o jakość, przedstawiane tu przez prezesa Niedzielskiego. Na przykład jeśli chodzi o kolejki w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, do tej pory mieliśmy taką sytuację, że dokładaliśmy pieniędzy, a kolejki nie skracały się. Złożyliśmy te dwa proste fakty, czyli dołożenie pieniędzy i płacenie premii za to, żeby kolejka się skracała. Jeżeli to przyniesie efekt, a jestem przekonany, że przyniesie, bo przy okazji zaćm i endoprotez to widać, to jest to ten kierunek, który jest projakościowy jak najbardziej, używając tych elementów dotyczących systemu.

Nowe rejestry. Z tego, co pamiętam, to nie było 14 mln zł, tylko chyba 12, natomiast to są pieniądze, które są przeznaczane zarówno na te rejestry, które są… Rzeczywiście, jeśli chodzi o rejestry onkologiczne, cały KRN jest wpisany w ramy tych rejestrów. Najwięcej najbardziej merytorycznych rejestrów w Polsce mieliśmy w kardiologii. One też będą sfinansowane. Ośrodki – i Zabrze, i Anin – je prowadziły i myślę, że z wielkim osiągnięciem pod tytułem zmiany praktyki. Chcemy również uruchomić rejestry dotyczące chorób rzadkich, np. rejestr wad wrodzonych. Takie rejestry, których potrzebujemy przy okazji stosowania określonych terapii. Natomiast, żeby państwo mieli świadomość, przygotowanie rejestru to nie jest rzecz – ja mam również doświadczenia międzynarodowe – która się zadzieje w pół roku. To są bardzo systemowe i systematyczne działania, żeby go odpowiednio przygotować.

Jeszcze było pytanie, skąd mamy te dane na temat zdarzeń niepożądanych na poziomie ponad 7%. Otóż było badanie robione przez Centrum Monitorowania Jakości pt. „Bezpieczny pacjent”. To było przeprowadzone na podstawie analizy dokumentacji medycznej, próby szpitali. Wtedy, tak jak się robi tego typu badania, uzyskaliśmy taki wynik, jaki państwu przedstawiłem.

Chciałbym jeszcze odnieść się do tego, co mówił rzecznik praw pacjenta – trzy podstawowe elementy z perspektywy pacjenta. Czyli rzecz związana z dokumentowaniem, z dokumentacją medyczną, rzecz związana z organizacją i rzecz związana z wykonywaniem świadczeń. Tak jak zrozumiałem. Żadne z tych zastrzeżeń nie wymaga oddzielnej ustawy. Tak więc zmiana systemowa, zmiana właśnie kultury danej organizacji może się na tym opierać.

To, co chcemy zrobić w tej ustawie, to dotknąć takich rzeczy, jak element związany ze zdarzeniami niepożądanymi, żeby ochronić osobę, która takie zdarzenia zgłasza, ale taką ochronę można również w tej chwili przeprowadzić. Natomiast, tak jak widać po tym badaniu CMJ, jesteśmy w stanie podać pulę tych zdarzeń. To się oczywiście dzieje w formie statystycznej – nie w odniesieniu do konkretnego pacjenta, nie w odniesieniu do konkretnego zdarzenia. Co jest pewnie ułomnością tego typu, że każdy z nas mając jakieś oczekiwania, może to wskazać. Tak czy inaczej bardzo dziękuję za to posiedzenie Komisji, bo warto na te tematy rozmawiać zdecydowanie szerzej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja również dziękuję za odpowiedź na pytania i zamykam posiedzenie Komisji.